DISSERTATION

N° 104.

SUR

LA DÉLIVRANCE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 21 mai 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR PIERRE-LOUIS-RAOUL POURET, d'Anneville,

Département de la Manche;

Bachelier ès-lettres et ès-sciences; ancien Élève des hôpitaux civils, l'Hôtel-Dieu et la Pitié; Prévôt d'accouchemens.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	.....
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	.....
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / CLOQUET, *Président.*
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL, *Suppléant.*
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER. / ..... / CHOMEL, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN, *Examinateur.* / ROUX, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubois.
Bayle.	Gerdy.
Bérard, *Suppléant.*	Gibert.
Blandin.	Hatin, *Examinateur.*
Bouillaud.	Lisfranc, *Examinateur.*
Bouvier.	Martin Solon.
Briquet.	Piorry.
Brongniart.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.
Dubled.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Gage de mon respect, de mon attachement et de ma profonde reconnaissance.

P.-L.-R. POURET.

DISSERTATION

SUR

LA DÉLIVRANCE.

La délivrance, *partus secundarius expulsio seu extractio secundarum*, est l'expulsion spontanée ou provoquée, hors de la matrice et du vagin, du placenta et des membranes qui enveloppaient le fœtus. Ces parties ont reçu le nom de *délivre, arrière-faix, secondines.* Cette définition fait pressentir que la nature ne se suffit pas toujours pour déterminer l'expulsion du délivre, et qu'il est des circonstances dans lesquelles l'art doit venir à son secours; ce qui a fait diviser la délivrance en *simple* ou *compliquée*, en *naturelle* ou *spontanée*, et en *artificielle* ou *contre-nature.* Mais soit que l'homme de l'art se contente d'aider la nature, soit qu'il vienne plus efficacement à son secours lorsqu'elle est impuissante, toujours doit-il bien connaître sa marche pour la suivre fidèlement.

ARTICLE PREMIER.

Délivrance naturelle.

La délivrance naturelle est celle qui s'opère par les contractions de l'utérus, des muscles de l'abdomen et du diaphragme. La plupart des auteurs ont assigné à cette fonction deux temps : dans le premier s'opère le décollement du placenta, dans le second son expulsion. *Desormeaux* l'a divisée en trois temps : le premier temps est le même que celui admis par les autres auteurs; dans le second temps, le délivre est poussé de la cavité de la matrice dans le vagin, entraînant avec lui les membranes; dans le troisième enfin, il est expulsé au dehors. Nous admettrons la première division, ne considérant les deux derniers temps de la seconde que comme un seul et même temps.

Premier temps. Le décollement du placenta est dû aux contractions utérines produites par la présence de ce corps dans l'utérus : il commence le plus ordinairement pendant les contractions destinées à l'expulsion du fétus. Quelquefois, immédiatement après la sortie de celui-ci, on trouve le placenta à l'orifice de la matrice; il a même été, dans certains cas, expulsé avec lui. Cette opération est d'autant plus prompte que l'expulsion du fœtus a été plus lente et que la matrice, s'étant plus vivement contractée sur elle-même pendant l'accouchement, conserve moins de capacité et plus d'énergie.

A mesure que l'utérus se contracte, les membranes se plissent, le placenta n'étant pas susceptible de contraction, tandis que la portion de l'utérus qui lui correspond se resserre; les deux surfaces, jusque là juxtaposées, glissent l'une sur l'autre; le tissu fin et délicat qui les unit est tiraillé, il se rompt, et le placenta déplacé tombe sur le col de l'utérus. La sensation de sa présence détermine les contrac-

tions de la matrice, contractions qui produisent des douleurs semblables à celles de l'enfantement, et chasse le placenta.

Un écoulement de sang plus ou moins abondant suit immédiatement la sortie de l'enfant. Cet écoulement ne peut avoir que deux causes : la déchirure du col utérin ou le décollement du placenta. L'observation prouve qu'une déchirure du col donne issue à très-peu de sang; la sortie du sang qui suit immédiatement la naissance ne peut donc être attribuée qu'au décollement du placenta.

Le placenta peut se détacher de la matrice par son centre ou par différens points de sa circonférence, ce qui donne lieu à divers phénomènes. Si le placenta est implanté au fond de l'utérus, il commence à se décoller le plus souvent par son centre, qui forme, avec les parois de la matrice, une cavité de forme lenticulaire, bornée à la circonférence du placenta, et qui, en augmentant, sert à en achever le décollement. Le placenta, alors détaché de toutes parts, tombe sur l'orifice de l'utérus, où il vient présenter sa face fœtale, facilement reconnaissable à sa mollesse.

Lorsque le placenta se détache d'abord par sa circonférence, et que ce décollement commence par un point opposé à l'orifice du col, le sang s'accumule en forme de coing dans la portion décollée, jusqu'à ce que la masse placentaire soit entièrement détachée ; alors le délivre peut encore présenter sa face fœtale.

Dans le cas où la séparation commence par la partie inférieure (ce qui est le plus fréquent), le placenta glisse sur la paroi interne de l'utérus, et vient offrir un de ses bords ou sa surface utérine à l'orifice de la matrice.

Deuxième temps. La présence dans la cavité utérine du placenta, complètement décollé, irrite la surface de ce viscère, sollicite de nouvelles contractions, qui se manifestent par la dureté et la forme globuleuse que prend l'utérus, et par des douleurs analogues à celles de l'accouchement, mais plus faibles. Le col utérin livre passage au placenta, qui arrive dans le vagin, pèse sur le rectum

et détermine les contractions du diaphragme et des parois abdominales, qui, comprimant de toutes parts le délivre, finissent par le pousser hors de la vulve Quoiqu'on ne puisse assigner de temps fixe pour la délivrance, on peut regarder celui de dix minutes à un quart d'heure comme l'époque vers laquelle elle s'opère le plus fréquemment. En général, la délivrance sera plus ou moins prompte, suivant que la matrice se sera plus ou moins contractée avant la délivrance; en sorte que l'on pourrait avancer, avec quelque fondement, que la promptitude de la délivrance est en raison inverse de celle de l'accouchement.

Les signes qui font reconnaître que la délivrance s'opère sont : les nouvelles douleurs que la femmme ne tarde pas à éprouver après l'accouchement; la roideur du globe utérin, sentie par la main appliquée sur l'hypogastre; la souplesse de l'orifice de la matrice et la présence d'un corps mollasse, que découvre le doigt indicateur porté dans le vagin.

M. *Velpeau* pense que quand même la femme ne ressentirait ni douleurs, ni tiraillemens, pourvu que l'utérus fût revenu sur lui-même et qu'il se durcît, on devrait opérer la délivrance.

Des frictions légères, faites avec la main sur l'hypogastre de la femme, suffisent le plus souvent pour réveiller l'action utérine et provoquer l'expulsion des substances contenues dans la matrice.

Lorsque l'utérus après avoir détaché le placenta ne peut se débarasser de cet organe, ou que cette opération est trop longue, l'accoucheur doit la faciliter en pratiquant des tractions sur le cordon ombilical; pour cela on peut l'envelopper d'un linge sec, et le saisir de la main droite en le roulant autour d'un ou deux doigts jusqu'à ce qu'on soit arrivé le plus près possible de la vulve. En même temps on glisse deux ou trois doigts de la main gauche dans le vagin, le plus près possible de l'orifice de l'utérus ou de la base du cordon; on repousse le cordon en arrière, et par ce moyen on établit une poulie de renvoi qui fait descendre le délivre dans le sens du détroit supérieur. Le délivre une fois arrivé dans le vagin, on tire en relevant le cordon

vers le pubis, en lui faisant suivre l'axe du détroit inférieur. Le placenta arrivé à la vulve, on le reçoit dans la paume de la main, située en travers à la commissure postérieure, on le roule cinq à six fois sur lui-même, pour tordre les membranes et les extraire en totalité.

Après l'extraction du délivre, il est bon, lorsque la délivrance a présenté des difficultés, de s'assurer s'il est intact et s'il n'en est pas resté quelque portion dans la cavité utérine : on a conseillé dans ce cas d'aller avec la main à la recherche de la portion restée; si elle est peu considérable, nous croyons cette manœuvre inutile, pour ne pas dire nuisible, car les parties qui restent sont toujours entraînées par l'écoulement qui suit les couches.

Nous rejeterons également, comme étant digne d'un autre siècle ou comme appartenant à l'ignorance des siècles présens, les moyens suivans : souffler dans ses mains, écraser un grain de sel entre la pulpe des doigts, les vomitifs, les purgatifs, les sternutatoires, etc., toutes ces ressources ne sont dignes que d'un empirisme aveugle.

ARTICLE II.

Délivrance artificielle.

L'accoucheur doit-il dans toutes les circonstances abandonner la délivrance à la nature, ou se borner à l'aider? doit-il remplir un rôle plus actif?

La délivrance trop prompte peut occasioner beaucoup d'accidens, tels que la chûte, le renversement, l'inertie de la matrice, etc. La délivrance trop retardée peut également rendre la femme victime de ce retard; le placenta resté trop long-temps dans la matrice peut s'y putréfier, quelquefois d'une manière assez prompte pour donner lieu à une résorption d'humeurs qui, portées dans le torrent de la circulation, déterminent une adynamie et une ataxie générales, qui con-

duisent rapidement la malade à la mort. Les circonstances qui peuvent aussi rendre quelquefois indispensable et toujours utile l'intervention de l'art dans la délivrance sont très-nombreuses. Les principales sont :

1°. L'inertie de matrice ; 2°. l'hémorrhagie utérine ; 3°. les syncopes ; 4°. les convulsions 5°. la contraction spasmodique du col ; 6°. le volume et la forme du placenta ; 7°. la faiblesse et la rupture du cordon ; 8°. l'adhérence trop intime du placenta ; 9°. son enchatonnement ; 10°. son implantation sur le col de l'utérus ; 11°. l'avortement, 12°. la grossesse multiple.

1° *Dlivrance dans le cas d'inertie de matrice.*

L'inertie de la matrice après l'accouchement peut être déterminée par la distention excessive de la matrice, produite par le développement simultané de plusieurs enfans, ou par le volume trop considérable d'un seul, ou enfin par une trop grande collection d'eau. L'inertie peut dépendre d'un accouchement trop promptement terminé, l'utérus passant trop subitement d'une très-grande distension à une très-grande vacuité, mais elle n'est pas de longue durée, à moins que d'autres causes ne viennent l'entretenir. Elle reconnaît également pour cause la faiblesse constitutionnelle de la femmme, un état pathologique antérieur, un chagrin subit résultant d'une attente trompée (soit à raison du sexe de l'enfant, soit à raison de son peu de viabilité ou de sa mort), enfin une hémorrhagie ou un travail excessivement long. La mollesse de l'utérus, le relâchement et la flaccidité de son col ne permettent pas de se tromper à cet égard.

La délivrance n'étant pas la première indication à remplir, on a combattu avec avantage l'inertie par les frictions sur l'hypogastre, par les injections froides et styptiques, poussées dans la matrice par le vagin ou dans le placenta par le cordon ombilical; ou par les toniques, tels que le seigle ergoté, qui, comme l'ont annoncé MM. *Goupil*, *Villeneuve* et autres accoucheurs, a une action spéciale sur l'u-

térus. On pourrait également donner quelques cuillerées de vin généreux, si la femme était d'une constitution faible.

On procédera à l'extraction du délivre quand des signes manifestes feront connaître que l'utérus, en se contractant, a décollé le placenta et prélude à son expulsion.

2°. *Délivrance compliquée d'hémorrhagie utérine.*

L'hémorrhagie utérine se manifeste beaucoup plus souvent après l'expulsion de l'enfant qu'avant et pendant le travail de l'accouchement; aussi est-elle un des accidens les plus funestes et les plus dangereux pour la femme.

L'hémorrhagie utérine reconnaît différentes causes, savoir : l'inertie de la matrice, la présence d'une partie ou de la totalité du placenta, d'un caillot de sang sur le col utérin; la cessation de la compression des vaisseaux hypogastriques, les lésions graves de l'utérus causées par des manœuvres mal dirigées, un état pléthorique local ou général, une affection morale vive : elle peut aussi être sympathique.

Suivant que l'hémorrhagie ne reconnaît pas ou qu'elle reconnaît pour cause l'inertie de la matrice, on lui a donné les noms d'*active* ou *passive;* dans ces deux cas, le sang peut s'épancher dans la cavité de la matrice ou bien s'écouler par la vulve : dans le premier cas, elle est dite *latente* ou *interne;* dans le second, *apparente* ou *externe.*

L'hémorrhagie interne est la plus dangereuse, en ce qu'elle laisse dans les premiers temps dans une sécurité trompeuse; elle arrive ordinairement après les accouchemens promptement terminés, et précédés le plus souvent d'hémorrhagie. On la reconnaît aux symptômes qui accompagnent les grandes pertes de sang, tels que la pâleur du visage, les tintemens d'oreilles, les sueurs froides, l'extinction de la voix, les syncopes; si l'on porte la main sur l'abdomen, on sent que l'utérus, loin de diminuer, augmente de volume, et que, loin de se durcir, il conserve sa mollesse.

Cette espèce d'hémorrhagie bien reconnue, on portera le doigt in-

dieateur vers le col de l'utérus, pour le déboucher, si l'écoulement du sang au dehors était empêché par un caillot de sang ou par une portion du placenta. Si l'on avait à combattre une contraction spasmodique du col, quelques titillations vers le col de l'utérus ou quelques frictions sur l'hypogastre, et le calme que l'on aurait soin d'inspirer à la femme suffiront pour la dissiper. Si la femme était pléthorique, ne pourrait on pas pratiquer une saignée? Si ces divers moyens sont infructueux, et que les jours de la femme soient en danger, on la placera dans un endroit frais, bien aéré, en plein air même, sur le carreau d'une chambre, en ayant soin de tenir le siége plus élevé que les autres parties du corps ; on aspergera l'hypogastre, la vulve et les cuisses avec de l'eau acidulée, en ayant toujours la précaution de frictionner l'hypogastre et de titiller le col de l'utérus. Si ces moyens ne réussissaient pas, et qu'on ait à sa disposition de la glace pilée, on en recouvrira le ventre, le pénis et les cuisses ; on pourra également injecter dans l'utérus de l'eau dans laquelle on aurait fait fondre de la glace; les injections d'oxycrat ou de vinaigre pur, conseillées par *Saxtorph*, pourront être employées. La compression de l'aorte, mise en usage par M. *Tréhan*, semble aussi convenir.

Cette compression, difficile chez les femmes qui jouissent de beaucoup d'embonpoint et qui n'ont pas eu d'enfant, est très-facile chez celles qui viennent d'être mère, et produit un très-bon effet, en empêchant le sang d'affluer vers l'utérus. On devra, comme l'ont fait MM. *Mojon*, de Gênes, *Hoffmann* et *Le Maître*, pousser dans le placenta, par la veine ombilicale, un liquide froid et styptique. Notre courte pratique nous a offert une observation où l'on a été assez heureux pour arrêter, par ce moyen, une hémorrhagie assez abondante et réveiller les contractions utérines.

Une femme accoucha à l'amphithéâtre de M. *Hatin;* l'accouchement se termina promptement, peu d'instans après survint une hémorrhagie, des tractions pratiquées sur le cordon parurent inutiles. M. *Huard*, prévôt d'accouchemens, injecta de l'eau froide par la

veine ombilicale; l'hémorrhagie cessa, et la délivrance se fit presque aussitôt. La femme n'en a pas éprouvé de suites fâcheuses.

Ce fait seul n'est pas assez concluant, mais rapproché des faits rapportés par M. *Le Maître*, et de ceux que l'on trouve dans les divers journaux de médecine, il devra appeler l'attention des praticiens sur ce point.

Si l'hémorrhagie était accompagnée d'inertie, on devrait, comme l'ont conseillé M. *Villeneuve* et autres praticiens, qui ont fait usage de ce remède, employer le seigle ergoté, qui force la matrice à se débarrasser du placenta en détruisant les adhérences qui les unissent.

M. *Evrat* a conseillé d'introduire dans l'utérus une main armée d'un citron que l'on comprime dans cette cavité, et qui par cette compression lance l'acide citrique vers les points qui l'environnent.

M. *Duchâteau* conseille dans sa thèse de masser l'utérus dans ses mains, recouvertes d'une serviette trempée dans de l'oxycrat ou un liquide froid; si cela ne suffisait pas, d'introduire dans l'utérus une main enveloppée d'un linge trempé dans du vinaigre.

On a soin de soutenir le moral de la femme, on administre des boissons glacées, de la limonade et autres préparations astringentes. Enfin, dans un cas très-alarmant et qui ne laisserait pas d'autre espoir, on pourrait hasarder le tamponnement en prenant toutefois la précaution de malaxer l'utérus par la région abdominale, et de l'empêcher de s'élever dans cette même région. M. *Hatin* cite dans ses Leçons un cas dans lequel ce moyen lui a réussi.

3°. *Délivrance compliquée de syncope.*

Ou bien les syncopes existent seules, et dans ce cas elles sont symptomatiques de maladies dont les femmes étaient affectées précédemment, ou de maladies qui ne se développent à cette époque que par la plus grande susceptibilité du système nerveux. Dans ce cas, il faut combattre les causes de ces maladies, si elles sont promptement attaquables.

Ou bien elles sont compliquées d'hémorrhagie, alors il faut combattre l'hémorrhagie (voir plus haut.); ou bien elles tiennent à l'extrême faiblesse, il faut alors recourir aux analeptiques, aux bons consommés, à une nourriture à la fois substantielle et légère, à un vin généreux pris en petite quantité, en un mot à tout ce qui peut relever les forces abattues.

4°. *Délivrance dans le cas de convulsions.*

Si les convulsions (de tous les accidens le plus grave après l'hémorrhagie) existent seules, on a recours à la saignée, aux bains et aux antispasmodiques en général. Si elles tiennent à l'hémorrhagie, à une lésion ou à une irritation de l'utérus, ce sont ces maladies qu'il faut combattre. Le placenta reste-t-il dans la matrice, *Baudeloque* conseille de l'extraire ; M. *Capuron*, au contraire, veut que l'on combatte d'abord les convulsions, pourvu toutefois quelles ne dépendent pas de l'hémorrhagie.

5°. *Contraction spasmodique du col.*

Cet accident peut être de tous le moins redoutable, fort rare, puisque des auteurs l'ont nié et que *Desormaux* dit ne l'avoir rencontré que quand il existe un spasme général, et qu'alors il n'est que momentané ; il a été combattu avec succès par la saignée, lorsque la femme est pléthorique ; si, au contraire, la femme est très-sensible et très-irritable, on a recours aux antispasmodiques et aux narcotiques. *Chaussier* l'a combattu avec avantage par la pommade de belladone. M. *Capuron* a réussi à la combattre par la vapeur d'eau chaude.

6°. *Volume et forme du placenta.*

Si le placenta était très-volumineux, il faudrait attendre les contractions de la matrice, que l'on favoriserait par des tractions sur le

cordon ; s'il était grossi par une grande quantité de sang accumulé derrière lui, il faudrait le traverser avec la main et extraire le sang qui se trouverait en arrière.

7°. *Faiblesse et rupture du cordon.*

La difficulté d'extraire le délivre vient, soit de la faiblesse du cordon ombilical, soit qu'il s'insère obliquement sur le placenta ou qu'il s'implante sur son bord ou même à une certaine distance des membranes. Dans le premier cas, le cordon ne peut résister aux tractions nécessaires à l'extraction du placenta ; dans le second, les tractions ne portant pas à la fois sur toutes les racines du cordon, elles cèdent successivement et se déchirent : il faut alors abandonner la délivrance à la nature, et, dans le cas d'accidens, introduire la main dans l'intérieur de la matrice et extraire le placenta.

8°. *Adhérence du placenta.*

Le plus ordinairement le placenta est uni à l'utérus d'une manière peu résistante ; dans quelques cas cependant il peut y adhérer d'une manière très-forte, tantôt en totalité, d'autres fois en partie. *Smellie, Baudelocque, Desormeaux,* MM. *Capuron* et *Duchâteau* en citent des exemples ; mais tous ne sont pas d'accord sur la cause de ces adhérences, les uns veulent qu'elles soient dépendantes de l'état squirrheux de cet organe ; d'autres, qu'elles tiennent à un épaississement du tissu cellulaire, résultat probable de l'inflammation des surfaces correspondantes. Un assez grand nombre d'observations ne se trouvant pas à l'appui de cette théorie, nous regarderons cette question comme indécise. Il y a des auteurs qui admettent les adhérences partielles, d'autres les adhérences de la totalité du placenta.

On est en droit de soupçonner l'adhérence du placenta lorsque, malgré la dureté et la forme globuleuse de l'utérus, le placenta ne se présente pas à son col et ne cède pas aux tractions convenablement

dirigées sur le cordon, enfin que ce dernier se rompt. Alors on introduit une main dans l'utérus pour vérifier son diagnostic et l'étendue de l'adhérence, tandis que l'autre main est appuyée sur l'hypogastre pour fixer la matrice. L'adhérence étant reconnue et le placenta n'ayant pas cédé aux moyens précités, craignant que le placenta, devenu corps étranger et irritant par sa présence l'utérus, ne détermine une hémorrhagie ou une inflammation, ou bien qu'en se putréfiant il ne donne lieu à une fièvre putride, veulent l'extraire sur-le-champ, fût-on réduit même à l'arracher par morceaux et à le décortiquer. Il vaudrait mieux, comme cela nous a réussi une fois, employer les injections d'eau froide par le cordon. Au mois de mars dernier, nous fûmes prié de délivrer une femme, *rue Mouffetard :* la sage-femme qui l'avait accouchée l'avait abandonnée depuis plusieurs heures, après avoir pratiqué un grand nombre de manœuvres pour extraire le délivre. Arrivé près de cette femme, nous étant assuré de l'inutilité de nos tractions, n'ayant pas rencontré le placenta à l'orifice de la matrice, nous poussâmes par le cordon une injection d'eau froide, qui fut presque aussitôt suivie de la délivrance. Nous avons depuis revu cette femme, elle jouit d'une santé parfaite.

On a aussi conseillé de cesser toutes tentatives et d'abandonner son extraction aux efforts de la nature. Il n'en serait pas de même si une hémorrhagie venait à se manifester ; car de deux dangers il faut éviter le pire, et, certes, l'hémorrhagie serait le plus grand. On tâchera de saisir, avec la pince à faux germe de *Levret,* le placenta ou ses parties, si elles se présentaient à l'orifice de l'utérus ; on combattra l'inflammation de l'utérus ou du péritoine par la saignée générale ou locale et par les applications émollientes, pour tâcher d'entraîner les parties putréfiées. Si, malgré la rétention du placenta, la femme est sans fièvre, on pourra la soutenir par une nourriture légère et succulente. La propreté de la vulve, du vagin et de la matrice doit être rigoureusement observée.

9°. *Enchatonnement du placenta.*

Le placenta est enchatonné toutes les fois qu'il se trouve renfermé dans une cellule formée par l'inégalité des contractions utérines. La délivrance, quoique possible dans ce cas, se fait beaucoup plus attendre que d'habitude ; on en rencontre des exemples à la suite des accouchemens longs et difficiles, surtout si les eaux se sont écoulées depuis long-temps. *Peu* l'attribuait à une mauvaise conformation de l'utérus ; *Levret*, à son inertie partielle. Cet auteur et plusieurs autres ont admis que le chatonnement n'avait lieu que lorsque le placenta se fixait au fond de l'utérus : cependant on en a observé des exemples, le placenta se fixant sur les côtés ; nous en avons nous-même observé un dans lequel le placenta se fixait sur le côté droit, avec complication d'hémorrhagie, à l'amphithéâtre de M. *Hatin*, il y a deux mois : dans le premier cas, *Baudelocque* dit que l'utérus prend la forme d'une courge. En palpant l'hypogastre, on trouve la matrice inégale et bosselée ; et en introduisant la main dans la cavité utérine on reconnaît que le cordon, après avoir traversé une cavité, va se perdre dans une seconde, et que la main, toujours dirigée par le même guide, peut facilement écarter l'obstacle qui sépare la seconde cavité de la première. On devra, avant de se retirer, extraire le placenta, surtout s'il se présente des accidens. Cette extraction se fera d'une manière successive, pour donner le temps à la matrice de revenir sur elle-même.

10°. *Implantation du placenta sur le col de l'utérus.*

Cette circonstance a plus de rapport avec l'accouchement qu'avec la délivrance : aussi ne nous y arrêterons-nous que fort peu.

Les pertes auxquelles la femme est exposée par cet accident ont lieu du septième au neuvième mois, et surout durant le travail. On en a observé pendant le sixième mois, quoique les femmes y soient

plus exposées vers la fin de la grossesse. On la reconnaît en ce que, sans cause connue, la femme éprouve une perte de sang par la vulve; que le toucher pratiqué avec précaution, dans la crainte de déplacer un caillot qui s'opposerait à l'hémorrhagie, fait reconnaître, au lieu d'un corps lisse et poli formé par la poche des eaux, un corps mou qui se laisse facilement pénétrer par le doigt.

Si le placenta s'insère centre pour centre avec l'orifice utérin, la matrice est souvent impuissante pour chasser le délivre et le fœtus. On doit alors percer le placenta et extraire l'enfant, soit en faisant la version, soit au moyen du forceps.

Si le placenta ne s'insère qu'en partie sur le col, ou qu'il soit déjà déplacé d'un côté, on en opérera le décollement, jusqu'à ce que l'on soit arrivé aux membranes, on les percera, et on fera l'extraction de l'enfant.

On doit, pour extraire le délivre, tordre avec beaucoup de précaution les membranes, sans quoi on s'exposerait à en laisser une grande partie dans la cavité de la matrice.

11°. *Délivrance après l'avortement.*

L'avortement qui a lieu dans les trois premiers mois de la grossesse rend inutiles les secours de l'art, puisque le fœtus, moins volumineux que le délivre, se trouve expulsé en même temps. Dans les mois suivans la matrice expulse d'abord les eaux, puis le fœtus, et enfin le délivre : ce dernier, moins gros que le fœtus, passe assez facilement.

Si la femme est pléthorique, et que les contractions utérines soient violentes, on a recours à la saignée, aux bains, aux demi-bains et aux injections mucilagineuses dans le vagin.

Lorsqu'on est appelé près d'une femme avant que la poche des eaux ne soit rompue, on se gardera avec soin de le faire; mais s'il en était autrement, et que le fœtus eût été expulsé, on n'exercerait pas (dans la crainte de le rompre) de tractions sur le cordon ombilical, qui n'est pas assez résistant; se trouvant dans l'impossibilité d'intro-

duire la main dans l'utérus, la vulve et le col s'y opposant, on sera donc dans la nécessité d'attendre. Les injections froides (voir plus haut.) pourraient aussi être employées avec avantage.

S'il se manifestait une hémorrhagie, et qu'elle fût légère, on tâcherait d'exciter les contractions de la matrice. Si elle était abondante, on aurait recours au tamponnement. Ce moyen, avantageux dans le commencement de la grossesse, ne serait pas de même après le cinquième mois, époque où la matrice est très-dilatée. Si le placenta se présentait à l'orifice de l'utérus, on tâcherait de le saisir avec la pince à faux germe de *Levret*.

12°. *Grossesse multiple.*

Lorsqu'il y a plusieurs fœtus dans la matrice, il peut arriver que les placentas soient adhérens l'un à l'autre, ou au moins qu'ils aient quelques points de communication ; alors on doit attendre la terminaison de l'accouchement pour délivrer la femme. On a conseillé, dans ce cas, de placer une ligature sur le cordon sorti le premier. Pour extraire le délivre, on réunit les cordons en faisceau, au moyen d'une légère torsion, et on agit comme dans la délivrance simple. Si les placentas étaient isolés, on en ferait l'extraction à mesure qu'ils se présenteraient à l'orifice du vagin, ce qui n'aurait lieu que successivement.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

II.

Mulieri in utero gerenti, si mammæ ex improviso graciles fiant, abortit. *Sect.* 5, *aph.* 34.

III.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior, obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.

IV.

A morbo bellè comedenti nihil proficere corpus, malum est. *Ibid.*, *aph.* 31.

V.

Acutorum morborum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Ibid.*, *aph.* 19.

VI.

Impura corpora quò plus nutriveris, eò magis lædes. *Ibid.*, *aph.* 10.

VII.

Ubi somnus delirium sedat, bonum. *Ibid.*, *aph.* 2.